

L'INFLUENCE DES SUITES DE COUCHES DANS LE PRONOSTIC DES CARDIOPATHIES

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux
Mention "Médecine"

Présentée et soutenue publiquement le lundi 18 janvier 1932

PAR

Icek-Wolf NACHTIGAL

Né le 28 août 1902 à Varsovie (Pologne).

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges</i>
		CHARRIER, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1932

L'INFLUENCE
DES SUITES DE COUCHES
DANS LE PRONOSTIC
DES CARDIOPATHIES

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux
Mention "Médecine"

Présentée et soutenue publiquement le lundi 18 janvier 1932

PAR

Icek-Wolf NACHTIGAL

Né le 28 août 1902 à Varsovie (Pologne).

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur	Juges
		CHARRIER, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS



MM.	MM.
Clinique médicale	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale	fantile et orthopédie
Pathologie et thérapeuti-	Clinique gynécologique...
que générales	Clinique médicale des ma-
Clinique d'accouchements.	ladies des enfants.....
Anatomie pathologique et	Chimie biologique et mé-
microscopie clinique...	dicale.....
Anatomie	Physique médicale et phar-
Anatomie générale et his-	maceutique
tologie	Médecine coloniale et clini-
Physiologie	que des maladies exoti-
Hygiène	ques.....
Médecine légale et déon-	Clinique des maladies cuta-
tologie	nées et syphilitiques...
Electroradiologie et clin.	Clin. des mal. des voies urinaires..
d'électricité médicale..	Clinique des maladies ner-
Chimie	veuses et mentales.....
Botanique et matière mé-	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...
dicale	Toxicologie et hygiène ap-
Pharmacie	pliquée.....
Zoologie et parasitologie..	Hydrologie thérapeutique
Médecine expérimentale..	et climatologie.....
Clinique ophtalmologique.	

MICHELEAU (Médecine générale),

MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie), LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie	PAPIN.
Technologie	JEANNENEY
Physiologie	CHARRIER.
Parasitologie et Sciences	LOUBAT.
naturelles	PERY.
	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	Ophtalmologie
	BEAUVIEUX
	Dermatologie et syphilogra-
	phie.....
	JOULIA.
Maladies mentales.....	Chimie générale pharma-
	ceutique et toxicologie..
	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire	Puériculture
Médecine opératoire	FAUGERE.
Accouchements	Pharmacie chimique
Ophtalmologie	GOLSE
	Zoologie et parasitologie
	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON BON GRAND-PERE

A MON PERE, A MA MERE

Eux seuls savent tous les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

Je leur dédie ce travail, bien humble preuve de ma profonde reconnaissance et de mon amour filial.

A MA FEMME

Elle a courageusement partagé ma vie d'étudiant.

Je lui dédie ce modeste ouvrage en témoignage de ma profonde affection.

A MA CHERE PETITE JOCELYNE

A MON ONCLE, A MES TANTES

Toujours empressés à m'encourager et à me témoigner leur bienveillance.

A MES FRERES

A MA BELLE-MERE

Si bonne et si dévouée.

A MES BEAUX-FRERES, A MES BELLES-SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

*Qui m'a reçu avec toute sa
bienveillance coutumière.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

*Qui nous a conseillé avec son
amabilité habituelle.*

A MON JURY

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTRET
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

INTRODUCTION

Nous avons observé trois malades qui, au cours des suites de couches, ont présenté au dixième et au quatorzième jour, des accidents graves d'insuffisance cardiaque, deux fois sous forme d'œdème aigu du poumon.

L'idée admise depuis Pet^o que la délivrance utérine est une délivrance cardiaque — ainsi qu'on serait tenté de le croire — paraît contredite par de pareils faits, et nous voudrions démontrer que les malades atteintes de cardiopathies doivent être surveillées pendant les suites de couches presque aussi étroitement que pendant la gestation.

A cette occasion, nous nous sommes proposés de passer en revue les observations de ces malades à la Clinique d'accouchement, (Service de Monsieur le Professeur Anderodias), et à la Maternité, (Service de M. le Professeur agrégé Péry) de Bordeaux, et de rechercher des cas analogues dans la littérature afin de préciser la fréquence et les caractères cliniques des accidents d'insuffisance cardiaque dans les suites de couches.

Nous devons dire tout de suite que nous n'avons pas la prétention de faire un exposé de doctrine ni de rechercher tout ce qui a été fait sur ce sujet. Notre travail est avant tout un recueil d'observations, accompagné de quelques commentaires.

Nous tenons à remercier vivement M. le Professeur Andérodias pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous prions M. le Professeur agrégé Péry de bien vouloir agréer nos remerciements pour la confiance qu'il nous a accordée en mettant à notre disposition les observations de son service.

Que M. le Docteur Gautret qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui n'a pas cessé de nous témoigner sa bienveillance en nous guidant dans nos recherches et en nous éclairant de ses précieux conseils, veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

HISTORIQUE

Bien que l'insuffisance cardiaque dans les suites de couches ait été observée depuis Peter, les auteurs ont pensé qu'elle était soit un accident inflammatoire soit une manifestation banale de décompensation de lésions valvulaires n'ayant aucun rapport avec la grossesse.

Ce n'est que tout à fait à la fin du ^{xix}^e siècle que Spigelberg, cité par Bernard, a fait allusion au déséquilibre circulatoire, qui, chez certaines cardiaques, s'est produit au cours des suites de couches alors que la grossesse en était exempte.

Vinay sépare nettement l'œdème aigu du poumon des autres manifestations de l'insuffisance cardiaque.

Bernard (1905) dans sa thèse de Lyon, cite deux observations de malades atteintes de cardiopathies qui ont présenté des accidents pulmonaires au cours des suites de couches.

Dans les travaux relativement récents, Couvelaire (1923), insiste sur le fait que le fléchissement aigu du myocarde avec œdème pulmonaire peut apparaître à tous les moments de la gestation et des suites de couches, et rapporte deux observations dans lesquelles l'insuffisance cardiaque s'est manifesté au cours de cette époque.

Murat, dans sa thèse de Lyon (1924) cite 62 observations de malades cardiaques dont la moitié ont présenté des accidents. Vingt fois ces accidents se sont produits au cours des suites de couches. L'œdème aigu du poumon a été observé chez neuf de ces malades.

Commandeur et Puig (1925) rapportent 62 observations de rupture de l'équilibre circulatoire au cours du post-partum, tantôt sous la forme d'aggravation des accidents de la grossesse, tantôt comme première manifestation de l'insuffisance cardiaque.

Hartemann (1927) attire, lui aussi, l'attention sur l'importance de la période des suites de couches dans le pronostic de l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité. Parmi les 62 malades vues par lui, 32 ont présenté des accidents ayant continué ou débuté pendant les suites de couches, dont 8 de l'œdème pulmonaire.

STATISTIQUE

Depuis l'année 1919, nous avons relevé sur 20.793 accouchements, 71 observations de malades chez lesquelles ont été signalées des cardiopathies.

La proportion de ces malades à la Clinique d'accouchement et à la Maternité de Bordeaux, a été moins élevée que celles des statistiques publiées auparavant par différents auteurs, comme Vinay par exemple, qui donne le chiffre de 80 cardiaques sur 5.000 accouchements, soit un peu plus de 1 pour cent, tandis que nous en relevons seulement 3 pour mille environ.

Si cette diminution a pu être constatée d'une façon générale au cours de ces dernières années dans les services d'accouchement, la raison n'en serait-elle pas dans une connaissance plus approfondie actuellement qu'elle ne l'était autrefois du rhumatisme articulaire aigu, grand générateur des cardiopathies, et de son traitement ?

Suivant la nature des lésions, nos 71 observations se répartissent comme suit :

Rétrécissement mitral	21 cas
Insuffisance mitrale	14 —
Maladie mitrale	6 —
Lésions aortiques	7 —
Lésions complexes (aortiques et mitrales)	5 —
Lésions indéfinies	12 —
Gibbeuses	3 —
Symphyse pleuro-péricardique	1 —
Maladie de Roger	1 —
Rétrécissement pulmonaire	1 —

Nous notons la fréquence relativement prédominante, déjà connue, des lésions mitrales, et parmi celles-ci, de rétrécissements qui, comme nous le savons, sont les plus fertiles en accidents gravo-cardiaques.

La gestation a été bien supportée par 38 malades; par contre, dans les 33 autres cas, il existait de l'insuffisance cardiaque d'importance variable.

Insuffisance cardiaque légère	17 cas
Insuffisance cardiaque grave	11 —
Cas mortels	5 —

Notons que la rupture de l'équilibre circulatoire dans notre statistique est beaucoup plus fréquente qu'elle n'est signalée par les auteurs classiques. Sur 80 malades de Vinay — cité plus haut — il n'y en a que 8 qui ont présenté des accidents gravo-cardiaques avec 5 morts, et Champetier de Ribes rapporte 70 cas avec 5 accidents dont 3 mortels.

Par contre, les travaux plus récents indiquent des chiffres assez voisins des nôtres. Ainsi Couvelaire (1923) note 75 cas de cardiopathies avec 21 accidents; Murat, l'année suivante, 62 cas avec 33 accidents, et Hartemann (1927) 62 cas avec 31 accidents.

Nous n'avons pas pu établir à quoi est due cette augmentation de la proportion des accidents dans les statistiques récentes par rapport aux anciennes, et nous nous sommes demandés si elle n'était le fait des plus grandes fatigues professionnelles auxquelles sont soumises les femmes depuis la guerre de 1914.

On peut observer soit des accidents d'encombrement aigu de la petite circulation, soit des accidents d'encombrement progressif de tout l'appareil vasculaire, véritable systolie.

Mais nous savons depuis Peter que l'insuffisance cardiaque au cours de la grossesse, a une physionomie particulièrement caractéristique, et que les manifestations pulmonaires sont toujours prédominantes et dominant assez souvent complètement le tableau clinique sous la forme d'œdème aigu du poumon.

Dans 8 de nos observations, sur 33 cas, il s'agissait d'œdème pulmonaire aigu, les autres cas concernant des aystolies ou des hyposystolies avec prédominance de phénomènes pulmonaires. La statistique de Murat donne 9 œdèmes sur 31 cas, et celle de Commandeur et Puig, 20 œdèmes sur 31 cas également. Comme ces auteurs, nous avons remarqué que cet accident est beaucoup plus fréquent au cours des suites de couches que pendant les autres périodes de la gestation.

Dans nos 8 cas, l'œdème pulmonaire est survenu cinq fois au cours du post-partum et trois fois seulement pendant la grossesse.

Mais l'œdème du poumon n'est pas la seule manifestation du fléchissement du myocarde après la délivrance utérine, et nous verrons que toutes les formes d'insuffisance cardiaque peuvent survenir après cette délivrance.

Sur 33 cas avec accidents cardiaques, nous avons relevé :

16 malades ayant présenté des accidents au cours des suites de couches.

Sur les 17 autres cas :

14 malades n'ayant présenté des accidents qu'au cours de la grossesse;

3 malades n'ayant présenté des accidents que pendant l'accouchement.

L'insuffisance cardiaque des suites de couches.

Nous allons analyser les 16 observations de malades qui ont présenté de l'insuffisance cardiaque au cours des suites de couches — période qui, selon Commandeur et Puig, constitue le moment critique pour les cardiaques.

Dans le but de mieux mettre en évidence l'influence de cette période, nous classerons nos observations en trois catégories :

Cas où la grossesse a été mal supportée : 6

Cas intermédiaires : 4

Cas où la grossesse a été bien supportée : 6

I. — Cas où la grossesse a été mal supportée. — A cette catégorie appartiennent six de nos observations (I à VI).

Les quatre premières concernent des malades atteintes de cardiopathies valvulaires; les deux dernières, des gibbeuses à myocarde insuffisant.

L'insuffisance cardiaque s'est manifestée chez ces malades pour la première fois au cours de la grossesse, sauf dans l'observation III où la malade avait déjà présenté, antérieurement à ses grossesses, des accidents dyspnéiques.

Chez ces six malades, les accidents de la grossesse ont consisté surtout en accidents asystoliques et hyposystoliques d'ordre banal, sous forme d'œdèmes plus ou moins généralisés, sauf chez la dernière d'entre elles, gibbeuse (obs. VI) chez laquelle il s'agissait d'une légère crise d'œdème pulmonaire de la fin de la grossesse.

Deux fois nous retrouvons des hémoptysies (obs. II et III) accidents fréquemment signalés dans l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité.

L'accouchement a eu lieu deux fois à terme (obs. I et VI) une fois prématurément à 7 mois (obs. V). Enfin, trois fois on a eu recours à l'accouchement prématuré provoqué à 8 mois, pour asystolie progressive, par introduction d'un ballon chez une multipare (obs. II) par césarienne basse après échec de la méthode de Delmas chez une grande multipare (obs. IV) et par la méthode de Delmas chez une primipare (obs. III). Notons que celle-ci a succombé le 4^e jour à des accidents péritonéaux liés à une déchirure du col étendue au segment inférieur.

Ce dernier cas dans lequel la cause de la mort est d'ordre obstétrical, mis à part, nous constatons que l'évacuation utérine a été suivie quatre fois d'une reprise rapide des accidents sous forme d'asystolie progressive à prédominance pulmonaire aboutissant à la mort entre le neuvième et le trentième jour des suites de couches. Seule la malade césarisée à 8 mois, a présenté une rapide amélioration de ses troubles et a guéri.

Il est donc permis de se demander si chez les 4 malades qui ont succombé, une interruption de la grossesse plus précoce ou par un procédé plus rapide, n'eût pas permis de réaliser une économie de la force de réserve du myocarde et d'arrêter ainsi sa déchéance progressive.

Par exemple, dans l'observation II où nous voyons les accidents hyposystoliques apparaître au 4^e mois et progresser lentement avec crises dyspnéiques et hémoptysies sans modifications sensibles par le traitement médical, il semble qu'avec une interruption de la gestation avant 8 mois et par césarienne, on aurait eu plus de chances d'éviter la mort pendant les suites de couches.

L'observation XVII d'insuffisance cardiaque pendant la grossesse que nous résumons à titre complémentaire, semble confirmer cette opinion. Nous y voyons une gibbeuse atteinte de troubles cardio-pulmonaires et présentant aussi, il est vrai, un promontoire accessible loin, chez laquelle on pratiqua au début du travail une césarienne haute sous anesthésie locale, et chez laquelle les suites de couches ne furent marquées par aucun trouble cardiaque tandis que les deux gibbeuses de notre premier groupe d'observations à myocarde insuffisant, accouchées par les voies naturelles (dont l'une laborieusement, obs. VI) ont succombé.

II. — Cas intermédiaires. — A cette catégorie où des accidents légers ont été observés pendant la grossesse et qui ne comporte aucun cas mortel, appartiennent nos observations VII à X.

Ces accidents ont consisté en essoufflements, quelques crachats hémoptoïques, œdèmes légers, etc...

Observons que si, aux 14 malades de notre statistique qui n'ont fait des accidents que pendant la grossesse, nous ajoutons les 6 de la précédente catégorie (insuffisance cardiaque des suites de couches avec grossesse mal supportée, et les 4 de la présente catégorie (insuffisance cardiaque des suites de couches avec accidents légers pendant la grossesse) nous arrivons

à un total de 24 cas d'insuffisance cardiaque pendant la grossesse, dont 10 soit 40 % ont présenté une continuation ou une réapparition des accidents dans les suites de couches avec 4 morts, soit 16 %.

Ces chiffres nous permettent de mesurer la gravité du pronostic chez les malades dont le myocarde fléchit pendant la grossesse; dans 40 % des cas, comme nous venons de le voir la délivrance utérine ne sera pas suivie d'une délivrance cardiaque, et 16 % de ces cas se termineront par la mort.

Mais déjà dans la présente catégorie de cas intermédiaires, les accidents des suites de couches, ne sont généralement plus en continuité relative avec ceux de la grossesse comme dans la précédente catégorie; à l'exception de l'observation IX où une dyspnée intense survint après l'accouchement, il s'agit d'accidents à caractères tardifs survenus au

13 ^e jour		Obs. VII
15 ^e jour		Obs. X
19 ^e jour		Obs. VIII

Dans ces trois derniers cas, on voit qu'il existe entre l'évacuation utérine et les accidents, une période de calme et de tolérance, véritable intervalle libre.

Dans les 4 observations, les accidents sont d'ordre exclusivement pulmonaire : congestion (obs. VII) dyspnée intense (obs. X) et œdème pulmonaire aigu (obs. VIII).

III. — Cas où la grossesse a été bien supportée. — A cette catégorie appartiennent les observations XI à XVI.

Ici l'influence de la période des suites de couches ressort avec plus de netteté. La grossesse a évolué sans incidents, l'accouchement a été généralement normal, et au cours du post-partum éclatent soudainement des accidents que rien ne faisait prévoir.

Très souvent ces accidents sont la révélation de la cardiopathie jusque là ignorée.

Ils consistent le plus fréquemment en œdème aigu pulmo-

naire (obs. XI, XII, XIV, XVI). La crise, d'intensité variable, éclate comme « un coup de foudre dans un ciel serein. »

Quelquefois la crise récidive comme cela se voit dans l'observation XII (au 8^e jour et au 14^e jour) et dans l'observation XVI (au 10^e jour et au 15^e jour).

C'est ce tableau habituel d'œdème pulmonaire :

La malade est prise brusquement d'une oppression continue et progressive. Parfois apparaît comme prodrome une sensation de constriction et un chatouillement de la gorge qui provoque la toux. Celle-ci est brève et quinteuse; d'abord sèche, elle est bientôt accompagnée d'une expectoration rosée, saumonée. La dyspnée devient rapidement intense; la malade, pâle et anxieuse, ne peut parler, occupée qu'elle est de mettre en œuvre toutes les ressources de ses muscles respiratoires.

A l'auscultation qui doit être faite rapidement, on constate des deux côtés du thorax une pluie de râles fins, surtout à l'inspiration; le murmure vésiculaire est étouffé. Ces râles finissent par envahir peu à peu toute la hauteur de la poitrine.

Le pouls s'accélère progressivement; la tension artérielle est élevée.

Si une thérapeutique active ne vient pas soulager la malade, la situation devient de plus en plus tragique; le pouls faiblit, devient incomptable, les bruits du cœur s'assourdissent et, deviennent irréguliers; les urines rares, foncées, chargées d'albumine, diminuent progressivement; les crachats d'abord abondants se raréfient, et la malade meurt avec des symptômes d'asphyxie.

La crise dure habituellement quelques heures, mais elle peut se prolonger vingt-quatre et quarante-huit heures.

A l'exception des observations XI et XIII dans lesquelles les accidents sont survenus presque immédiatement après l'accouchement, il s'agit ici nettement d'accidents tardifs. Selon Commandeur et Puig, c'est vers la fin de la première semaine, du 4^e au 8^e jour, que se produisent les accidents. Pour Harte-

mann la rupture de l'équilibre circulatoire a lieu du 1^{er} au 4^e jour. Dans nos observations, nous voyons que cette époque est un peu plus tardive, allant du 8^e au 19^e jour.

8 ^e et 14 ^e jour	Obs. XII
10 ^e jour	Obs. XV
10 ^e et 15 ^e jour	Obs. XVI
12 ^e jour	Obs. XIV

Chez ces quatre malades, il n'y a eu aucun fléchissement cardiaque entre l'accouchement et les accidents.

Commandeur s'est demandé s'il existait au cours de cet intervalle libre quelque signe capable de donner l'éveil.

L'ascension thermique à 37° 6 ou 38° a été signalée par lui. Nous ne l'avons retrouvée qu'une seule fois dans nos observations (obs. XII) où la malade a eu un frisson et 38° la veille de sa première crise.

Nous pensons que lorsque la cardiopathie a été dépistée antérieurement (et elle devrait toujours l'être), la prise de la tension artérielle pratiquée en série pendant les suites de couches, comme il a été recommandé de le faire pendant la grossesse et le travail (Andérodias et Caubet), pourrait permettre de faire prévoir l'apparition des accidents.

Dans l'observation VIII, nous voyons qu'une élévation de la pression artérielle avait été constatée quelques heures avant la crise d'œdème pulmonaire. Elle est montée de 18/9 à 23/12, chiffre noté au moment de la crise.

Dans cette catégorie comme dans la précédente, toutes les malades ont guéri.

Au point de vue du pronostic, il est utile de mettre en regard des cas de cette catégorie, (c'est-à-dire des cardiopathies avec insuffisance cardiaque seulement pendant les suites de couches), le chiffre global des cardiaques demeurées latentes pendant la grossesse. Nous avons relevé plus haut 24 cas de mala-

des ayant présenté de l'insuffisance cardiaque pendant la grossesse et 3 pendant l'accouchement, soit au total 27 malades. En soustrayant de la totalité de nos observations de malades atteintes de cardiopathies (71) ce chiffre, nous voyons que 44 cardiaques sont demeurées latentes pendant la grossesse. Pour ces malades, le danger, quoique beaucoup moindre, ne disparaît pas non plus après la délivrance utérine, puisque dans 6 cas, soit 14%, des accidents apparaissent au cours des suites de couches, généralement sous forme d'œdème aigu du poumon.

Au point de vue de la gravité du pronostic, nous notons que la mortalité est nulle alors qu'elle atteint 16 % quand la cardiopathie est décompensée pendant la grossesse.

L'étude de ces trois groupes d'observations met donc bien en relief l'importance de la période des suites de couches pour l'insuffisance cardiaque :

La fréquence des accidents pendant cette période, 16 fois sur 71 cardiaques; le type clinique généralement caractéristique sous la forme d'accidents gravido-cardiaques à l'état pur : l'œdème aigu du poumon; le fait qu'ils peuvent être uniquement localisés à cette période, et même apparaître tardivement leur donne une physionomie clinique suffisamment nette pour considérer les suites de couches comme une véritable période critique chez les cardiaques, ainsi que le pensent Commandeur et Puig.

Les suites de couches apparaissent donc redoutables pour les cardiaques, comme elles le sont pour les tuberculeuses. Le médecin ne doit pas se méprendre sur l'état satisfaisant de la malade et la croire hors de danger dans les jours qui suivent la délivrance utérine, mais redoubler de surveillance pour ne pas voir éclater d'une façon brusque des troubles cardiaques plus ou moins graves, alors que tout allait bien jusqu'à ce moment.

PATHOGÉNIE

Nos constatations s'expliquent-elles par l'une ou l'autre des théories existantes de l'insuffisance cardiaque : mécanique, toxique, infectieuse ?

Il est difficile de répondre à cette question, aucune de ces théories n'étant capable à elle seule d'expliquer toutes les manifestations du fléchissement myocardique.

Nous savons qu'une circulation défectueuse entraîne des troubles dans tous les organes de l'économie et entre autres du côté des reins et du foie en favorisant l'intoxication. La résistance de l'organisme aux infections se trouve de ce fait diminuée et il n'y a rien d'étonnant à ce que les germes microbiens aient une prise sur l'organe primitivement atteint.

Ainsi les troubles présentés par les cardiaques peuvent être enchevêtrés et les trois théories, à un degré différent, semblent concourir à les expliquer.

Ce sont surtout les accidents tardifs des suites de couches qui paraissent spécialement intéressants puisqu'ils surviennent premièrement chez des malades dont le cœur n'avait jusque là jamais ou très peu fléchi et avait résisté au surmenage de la grossesse et du travail et deuxièmement à une époque où tout travail supplémentaire paraît lui être épargné, l'utérus étant évacué depuis plusieurs jours.

Commandeur et Puig considèrent qu'il s'agit d'un myocarde à la limite de la tolérance et voient dans le mécanisme de l'involution utérine, une raison suffisante pour relier ces faits à la théorie mécanique : « Les changements circulatoires de la

grossesse ont pu être bien supportés par le cœur de ces malades : un léger surmenage seulement et la grossesse va à terme ».

« Subitement le circuit fœtal étant coupé, la vanne ouverte au niveau de l'utérus s'est refermée et le courant sanguin venu du cœur gauche vient se heurter contre elle. Pendant ce temps la stase pulmonaire normale chez les mitrales (cas le plus fréquent) s'exagère, favorisée par la station couchée. Le travail du cœur gauche devient ainsi plus considérable; le cœur gauche lutte quelque temps, résiste s'il est robuste ou défaille brusquement, et c'est l'inondation pulmonaire. Si la saignée vient le décharger, l'équilibre se rétablit aussitôt » (Commandeur et Puig).

C'est au moment de la suppression de la circulation placentaire après la délivrance que l'organisme essaie de s'accommoder à la réduction du réseau vasculaire résultant de l'involution utérine et de ses vaisseaux qui se vident peu à peu.

C'est à ce moment, dans le courant de la deuxième semaine d'après nos observations, que la cardiaque à myocarde à la limite de la tolérance, est prédisposée aux accidents, c'est la période critique sur laquelle il convient d'insister.

Dans les cas de cardiopathie mal compensée, les accidents continuent graduellement après l'accouchement et subissent une aggravation généralement mortelle au cours de cette période critique.

Quant à la théorie infectieuse qui essaie d'expliquer l'insuffisance cardiaque par des poussées d'endocardite, seule la température pourrait militer en sa faveur, mais la fréquence de cette dernière est faible, nous l'avons vu.

Le rôle de l'intoxication gravidique qui, nous le savons, explique certains faits d'insuffisance cardiaque pendant la grossesse et même d'insuffisance très précoce, ne paraît pas incapable d'être la cause de certains cas du fléchissement du myocarde dans les suites de couches. Nous ferons remarquer qu'on connaît des éclampsies tardives de cette période souvent expliquées par des circonstances spéciales, tels que les excès alimentaires et les traitements arsenicaux.

TRAITEMENT

1° Comment prévenir la continuation et l'aggravation pendant les suites de couches de l'insuffisance cardiaque sévère de la grossesse ?

Un premier point nous paraît devoir être signalé : en présence d'accidents à caractère progressif, peu ou pas influencés par le traitement médical, on ne devra pas tarder à interrompre la gestation quel que soit l'âge de celle-ci.

Nous ne voulons pas, sous peine de nous répéter, recommencer ici l'étude de nos observations du premier groupe; nous l'avons déjà fait.

Disons seulement qu'il semble, tout au moins pour les malades des observations I et VI, que l'interruption de la grossesse eut pu être plus précoce.

Un deuxième point : c'est le choix du procédé d'interruption de la gestation.

Les plus rapides et les moins traumatisants sont les plus recommandables.

Les procédés obstétricaux ordinaires : sondes, ballons, paraissent généralement manquer de rapidité.

Dans l'observation II on a fait usage du ballon; la malade est morte d'insuffisance cardiaque pendant les suites de couches.

A la méthode de Delmas se rattache notre observation III avec une rupture utérine mortelle comme résultat.

Sans vouloir reprendre ici la discussion dont cette méthode a été l'objet ni prétendre la condamner sur la constatation d'un seul cas malheureux, disons que les inconvénients de

l'anesthésie rachidienne souvent signalés dans l'insuffisance cardiaque n'en font pas précisément une méthode de choix.

L'opération césarienne a l'avantage primordial de la rapidité. C'est à elle qu'on a eu recours dans les observations IV et XVII.

Portes a recommandé comme méthode de choix l'hystérotomie abdominale corporéale sous anesthésie locale chez les malades atteintes de troubles cardio-pulmonaires. Il en a rapporté 7 cas avec un décès.

« L'incision utérine pouvant être faite sans extériorisation, l'opération étant conduite lentement et avec douceur, en évitant toute traction, l'intervention est presque indolore et ne s'accompagne que d'un minimum de shock opératoire » (Portes).

On la fait suivre quand on le juge nécessaire de stérilisation par section bilatérale des trompes et enfouissement.

2° Comment prévenir l'apparition des accidents tardifs des suites de couches chez les cardiaques latentes ou qui ne présentent que des troubles légers pendant la grossesse ?

Etant donné qu'on peut se trouver en présence de cardiopathies bien compensées en apparence, mais à la limite de la tolérance cependant, il y aurait intérêt à préserver le plus possible le myocarde contre toute fatigue pouvant lui être épargnée.

L'hygiène des cardiaques sera rigoureusement observée pendant la grossesse et au moment du travail, on s'efforcera d'abrèger l'accouchement dès que les circonstances permettront de le faire sans danger de léser la filière pelvi-génitale ni de nuire aux intérêts de l'enfant.

Sur 44 cas de cardiaques latentes, nous n'avons relevé que 4 applications de forceps.

Aucune de ces 4 malades n'a fait de l'insuffisance cardiaque des suites de couches.

Chez les 40 malades auxquelles on n'a pas appliqué ce procédé, six ont fait des accidents au cours du post-partum (ce sont celles de notre troisième catégorie).

Dans les cas ordinaires, on se bornera à attendre la dilatation complète pour terminer par une application de forceps dès qu'on jugera la tête suffisamment engagée et fléchie, à moins qu'il ne s'agisse d'expulsion très rapide chez des multipares.

Par contre, lorsqu'il y aura des circonstances de nature à rendre l'accouchement difficile, comme bassin rétréci ou gros enfant, par exemple, l'existence d'une cardiopathie même latente devra être une raison d'abréger la durée de l'épreuve du travail et de recourir précocement à l'opération césarienne.

Les faits que nous avons rapportés montrent suffisamment la nécessité de maintenir une surveillance étroite de ces malades.

On dépistera précocement les moindres signes du fléchissement cardiaque : dyspnée d'effort, précordialgie, palpitations; on auscultera d'une façon systématique les bases pulmonaires; on prendra fréquemment la tension artérielle pour surprendre une élévation ou une diminution de la différentielle.

Dès qu'on constatera un de ces signes inquiétants, on aura immédiatement recours aux médications classiques en stimulant le myocarde par les cardiotoniques et en diminuant au besoin son travail par la saignée.

3° Le traitement curatif des accidents d'insuffisance cardiaque des suites de couches.

Comme il s'agit généralement d'œdème pulmonaire aigu c'est surtout à la saignée à laquelle il faudra recourir.

Dans nos cas les plus typiques (obs. VIII, XI, XII, XIV, XVI) elle a suffi à assurer la guérison des malades.

OBSERVATIONS

1^o CAS AVEC GROSSESSE MAL SUPPORTÉE

Observation I

*Mitrale. Décès un mois après l'accouchement
par asystolie progressive.*

Primipare 30 ans.

Antécédents personnels. — Broncho-pneumonie de longue durée à 19 ans au cours de laquelle on a constaté fortuitement une lésion cardiaque. Depuis, la malade a des bronchites tous les hivers.

Grossesse. — Au quatrième mois, crise d'hyposystolie avec œdèmes des membres inférieurs, poussée congestive du côté du foie et dyspnée intense. Au bout de deux mois, à la suite d'un traitement adéquat et du repos, tous ces troubles diminuent.

Examen. — Hypertrophie du cœur. Frémissement et souffle systolique à la pointe. Dédoublément du second bruit. Congestion des bases pulmonaires, oligurie avec urines foncées et traces d'albumine. Œdème malléolaire. T. A. 19-11.-I.0.4.

Accouchement. — Le 7 avril 1925, à terme, à la Maternité. Forceps après 15 heures de travail. Enfant de 2 kilos 750.

Suites de couches. — L'hyposystolie s'aggrave malgré le traitement institué et la malade meurt chez elle un mois après l'accouchement.

Observation II

*Mitrale. Décès dix jours après l'accouchement
par asystolie progressive.*

III^e pare, 34 ans, entre à la Clinique pour mauvais état général au septième mois de sa grossesse.

Antécédents personnels. — Crise de rhumatisme articulaire aigu à 17 ans.

Première grossesse à 27 ans terminée par une fausse-couche de deux mois; deuxième grossesse à 28 ans avec dyspnée légère; accouchement à terme au forceps.

Grossesse actuelle. — A partir du quatrième mois jusqu'à l'accouchement, crises d'hyposystolie à prédominance pulmonaire, malgré un traitement tonicardiaque énergique.

Examen. — 1° au septième mois : tachycardie, roulement diasto-présystolique, râles sous-crépitaux disséminés dans les deux poumons, congestion des deux bases. Tension à 13-7-2 1/2.

Oligurie et albuminurie légère.

2° A sept mois et demi : Faciès jaune, foie de volume normal, urines très chargées, albumine disparue; l'auscultation pulmonaire dénote toujours de l'encombrement.

Accouchement. — A huit mois, le 30 août, après un calme passager, œdèmes importants des membres inférieurs et congestion œdémateuse aux deux bases pulmonaires. On décide alors d'intervenir.

Rupture artificielle de la poche des eaux, ballon. Au bout de cinq heures, on a une dilatation palmaire. Dilatation complémentaire manuelle.

Forceps, extraction facile, enfant bien constitué, délivrance naturelle.

La nuit suivante, dyspnée et tachycardie, point douloureux au niveau de la cinquième côte sur le bord du sternum, importante congestion pulmonaire.

La malade part chez elle le lendemain et elle y meurt dix jours après.

Traitement. — Pendant la grossesse et après l'accouchement, ventouses scarifiées et tonicardiaques.

Observation III

Mitrale, décès par cause obstétricale

Primipare, 27 ans.

Antécédents personnels. — A l'âge de 24 ans, infection grave indéterminée. Depuis, dyspnée d'effort légère et intermittente.

Grossesse. — Au septième mois, dyspnée intense et continue, œdèmes généralisés et légères hémoptysies.

Au huitième mois, devant l'aggravation de ces troubles, malgré le traitement, on décide d'intervenir.

Examen. — Malade obèse, facès bouffi, gros œdèmes.

Cœur : souffle systolique à l'orifice mitral. T. A. 24-16-1 1/2

Grosse albuminurie.

Accouchement. — Le 8 mai 1929 à la Clinique. Méthode de Delmas. Fœtus mort et macéré. Déchirure du col dépassant le cul-de-sac.

Aussitôt après l'accouchement, l'état de la malade s'aggrave à tel point que la mort semble imminente.

Le lendemain apparaissent des accidents péritonéaux qui emportent la malade au quatrième jour des suites de couches.

Traitement. — Saignée et tonicardiaques avant et après l'accouchement.

Observation IV

Faugère, Villar et Gautret,

(Soc. Obst. et Gyn. mai 1930).

Grande multipare âgée, mitrale, césarisée, disparition rapide de l'insuffisance cardiaque de la grossesse au cours des suites de couches.

XV^e pare, 43 ans.

Antécédents personnels. — Dyspnée au cours des dernières grossesses.

Grossesse actuelle : broncho-pneumonie au 7^e mois.

Examen. — Dyspnée, œdème des membres inférieurs, gros foie, albuminurie.

Maladie mitrale, bronco-pneumonie : 39°. T. A. 15-6-7.

La température revient à la normale un mois après le début de l'infection.

Césarienne le 14 octobre 1929 à la Clinique après rachianesthésie, la méthode de Delmas pratiquée auparavant ayant échoué.

Amélioration rapide des accidents hyposystoliques par la suite.

Traitement. — Tonicardiaques et théobromine.

Observation V

Gibbeuse, insuffisance cardiaque au sixième mois, reprise des accidents le huitième jour des suites de couches et mort le neuvième jour.

Secondipare, 30 ans, entre à la Clinique pour état général alarmant.

Antécédents précédents. — A l'âge de 10 ans, cyphoscoliose allant en s'accroissant depuis. A l'âge de 29 ans, première grossesse, interrompue à six mois. Au moment de l'accouchement, troubles cardiaques ayant nécessité une saignée.

Grossesse actuelle. — La malade ne peut préciser la date de ses dernières règles, étant aménorrhéique depuis son premier accouchement. Elle dit néanmoins que cette grossesse a débuté il y a huit mois.

L'insuffisance cardiaque s'est manifestée à six mois.

Examen. — Cyanose, dyspnée intense, pouls petit et filant, œdème considérable des membres inférieurs et des lombes.

Colonne dorsale déviée à gauche dans toute sa hauteur, thorax déformé en carène.

Au cœur : second bruit claqué; T. A. 25-17.

Aux poumons : rien de particulier.

Grosse albuminurie avec nombreux cylindres.

Utérus de six mois environ.

Bassin cyphoïque.

Accouchement. — Le 28 mai 1929, dès l'entrée dans le service, le travail commence et progresse rapidement.

En même temps, on institue le traitement classique : saignée, tonocardiaques, oxygène, qui amène une amélioration rapide, et la tension tombe à 19-14.

Rupture artificielle des membranes dès la dilatation complète. Forceps. Fœtus de 1.250 gr. mort depuis 48 heures environ.

Suites de couches. — Les premiers jours se passent relativement bien. Le pouls est toujours rapide et la tension est remontée à nouveau à 25.

Au quatrième jour, grosse dyspnée, aggravation progressive malgré le traitement et mort le neuvième jour.

Observation VI

*Cyphotique. Hyposystolie avec œdème pulmonaire. Décès
le dix-neuvième jour des suites de couches.*

Primipare, 34 ans.

Antécédents personnels. — Mal de Pott à l'âge de 6 ans traité par application d'un appareil plâtré gardé pendant 3 ans.

Pleurésie à cette époque. Bronchites tous les hivers.

Grossesse. — Au septième mois, pleurite et traces d'albumine. Trois jours avant l'accouchement : œdème pulmonaire gauche.

Examen. — Cyphose dorsale supérieure et lordose dorso-ombaire de compensation; taille 1 m. 36.

Cœur : rien à signaler. T. A. 15-8.

Poumons : lésions marquées des deux sommets.

Bassin en entonnoir, P. S.-P à 9 cm. 1/2.

Traces d'albumine.

Accouchement. — A terme, le 7 janvier 1930, à la Clinique. Forceps après rachianesthésie; enfant de 3 Kgr. 250. T. A. 18-8.

Suites de couches. — Au troisième jour, accident pulmonaire aigu avec hyperthermie (39°) et tachycardie.

Ces accidents durent dix jours et s'amendent, mais le pouls se maintient toujours au-dessus de 100. Mort le dix-neuvième jour en hypothermie.

II. CAS INTERMÉDIAIRES

Observation VII

*Insuffisance cardiaque au treizième jour des suites de couches
chez une mitro-aortique.*

V^e geste, 36 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine et crise de rhumatisme articulaire aigu dans la seconde enfance.

La première et la quatrième grossesses ont été à terme.

Après cette dernière, infection puerpérale pendant dix jours.

Deuxième et troisième grossesses terminées par des accouchements prématurés à sept mois.

Les trois premiers enfants sont vivants, le dernier étant mort à sept mois.

Toutes les grossesses se sont accompagnées d'une dyspnée d'effort qui disparaissait après chaque accouchement, excepté pour le dernier après lequel elle a persisté.

Aménorrhée depuis trois ans, époque de la dernière grossesse.

Examen. — Retrait systolique de la paroi thoracique; hypertrophie du ventricule gauche; léger frémissement présystolique; au foyer mitral, le premier bruit est très prolongé, les deux sont un peu soufflés; au foyer aortique, les deux bruits sont assourdis. T. A. 16-6. I. O. 3 1/2.

Accouchement. — Spontané, à terme, le 4 novembre 1924, à la Maternité; enfant de 2 Kgr. 400.

Suites de Couches. — Congestion pulmonaire au treizième jour.

Traitement. — Ventouses scarifiées, sinapismes, guérison rapide.

Observation VIII

Insuffisance cardiaque au dix-neuvième jour des suites de couches chez une mitro-aortique.

Primipare, 28 ans, près du terme.

Antécédents personnels. — Trois crises sévères de rhumatisme articulaire aigu à 7 ans, 19 ans et 20 ans.

Depuis, dyspnée d'effort et œdème malléolaire après fatigue.

Grossesse bien supportée jusqu'au huitième mois, moment de l'entrée dans le service.

A ce moment apparaissent des hémoptysies.

Examen. — Hypertrophie du ventricule droit, léger frémissement à la pointe avec dédoublement du second bruit. Double souffle aortique et double souffle de Duroziez. T. A. 17-8. I. O. 5.

Rien aux poumons.

Pas d'albumine.

Accouchement. — Le 20 février 1922, à la Maternité, terminé au forceps, la malade se fatiguant. Enfant de 3 Kgr. 900.

La tension artérielle prise en série au cours du travail, montre :

Une heure après le début du travail	18-8-6.
Avant le forceps	13-11-2.
Une heure après	15-9-4.

Suites de couches. — Au dix-neuvième jour, la tension artérielle prise à 10 heures du matin est de 18-9. I. 0. 5.

A 2 heures de l'après-midi, crise d'œdème aigu pulmonaire avec tension de 23-12-6. A 5 heures du soir, après une saignée, elle tombe à 16-9-5.

Guérison.

Observation IX

Favreau, Rautureau et de Valette,
(Soc. Obst. et Gyn. 12 février 1924).

Accidents immédiats chez une mitro-aortique

Cette malade, une primipare âgée de 30 ans, a présenté de l'œdème périmalléolaire au cours de sa grossesse.

Aussitôt après son accouchement, elle fut prise de cyanose et de dyspnée intense, accidents qui se calmèrent au bout de quelques heures.

Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur au compte rendu de la séance.

Observation X

Accidents au troisième jour des suites de couches chez une mitrale.

V^e geste, 38 ans.

Antécédents personnels. — Crise de rhumatisme articulaire aigu à 15 ans, se reproduisant pendant trois années consécutives. Depuis, dyspnée d'effort.

Les deux premières grossesses eurent lieu à 26 et 27 ans et furent normales.

La troisième, à 29 ans, fut marquée par une congestion pulmonaire à la suite de laquelle la dyspnée d'effort s'accentua.

Pendant la quatrième grossesse, palpitations nombreuses et violentes.

Grossesse actuelle. — Prolongée (D. R. 24-29 octobre 27; accouchement 27 août 28) mouvements fœtaux à six mois; marquée par de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure de la face. Les palpitations ont diminué de nombre et d'intensité.

Examen. — Rétrécissement mitral; T. A. 16-9-3 1/2.

Pas d'albumine.

Accouchement. — Spontané, à la Clinique, après cinq heures de travail, d'un enfant de 3 Kgr. 400.

Suites de couches. — Au quatorzième jour, crise dyspnéique nocturne, la tension restant la même qu'auparavant.

Traitement tonicardiaque pendant l'accouchement.

III. GROSSESSES BIEN TOLEREES

Observation XI

Accidents immédiats chez une mitro-aortique.

Secondipare, 20 ans.

Antécédents personnels. — Enfance malade. Essoufflements prononcés à l'occasion des jeux ou de la course.

A 15 ans, la dyspnée augmente.

Un an après, l'état s'améliore après un séjour à la campagne.

Première grossesse à 17 ans, marquée par des hémoptysies et une crise d'œdème aigu du poumon, survenue trois jours avant l'accouchement.

Grossesse actuelle bien tolérée.

Examen. — Cœur : frémissement cataire, souffle systolique à la base se propageant vers la clavicule.

Tension artérielle impossible à prendre, les oscillations du Pachon étant presque inexistantes.

A l'examen radioscopique pratiqué au cours de la grossesse précédente, on constata une hypertrophie du cœur droit.

Poumons : congestion de la base droite.

Accouchement. — Le 2 février 1927, à terme, à la Maternité, d'un enfant de 2 Kgr. 110.

Suites de couches. — Le premier jour, crise légère d'œdème pulmonaire traitée par une saignée de 400 gr. et des tonicardiaques.

La tension est toujours impossible à noter. Guérison.

Observation XII

Œdème pulmonaire léger et hyposystolie aux huitième et quatorzième jours des suites de couches chez une aortique.

Secondipare, 25 ans.

Antécédents personnels. — Deux crises de rhumatisme articulaire à 14 et 17 ans, la première de courte durée, la seconde de trois mois.

La première grossesse à 17 ans a été normale ainsi que l'accouchement et les suites de couches.

A 24 ans, crise d'hyposystolie.

Grossesse bien supportée.

Examen. — Insuffisance aortique.

Accouchement. — A terme, spontané, après sept heures de travail, le 31 octobre 1926, à la Maternité. Enfant de 2 Kgr. 470.

Suites de couches. — Au huitième jour, dyspnée, cyanose, oligurie, bronchite généralisée, râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires et gros foie. La tension artérielle est de 20-10.

Ces signes disparaissent rapidement.

Au quatorzième jour, la crise récidive avec en plus une expectoration hémoptoïque et de l'œdème des membres inférieurs. T. A. 14-7. Guérison au bout de trois jours.

Traitement tonocardiaque et saignée.

Après cette crise; on note, à l'examen, un choc en dôme de la pointe, un frémissement cataire, un roulement présystolique et un souffle diastolique au sixième espace gauche se propageant vers la pointe.

Observation XIII

*Insuffisance cardiaque immédiatement après la délivrance
chez une mitrale.*

Primipare, 23 ans.

Antécédents personnels. — Angine à 22 ans.

Examen. — Tachyarythmie, rétrécissement mitral.

Accouchement. — Spontané, à terme, le 17 janvier 1930, à la Maternité, après dix heures de travail. Enfant de 2 Kgr. 470.

Suites de couches. — Œdème pulmonaire léger le premier jour.

Traitement. — Ventouses et tonocardiaques.

Observation XIV

*Œdème pulmonaire aigu au douzième jour des suites de couches
chez une mitro-aortique.*

X^e geste, 42 ans, entre à la clinique, en travail, le 23 janvier 31 et y accouche après quatorze heures d'un enfant de 2 Kgr. 600.

La malade pendant cette période ne présente aucun trouble.

Antécédents personnels. — Deux crises de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 7 et 18 ans. Consécutivement, légère dyspnée d'effort, bronchite chronique et crises de palpitations.

Les trois premières grossesses furent bien supportées, mais terminées par des accouchements prématurés entre sept et huit mois. Les enfants sont vivants.

A la suite, deux fausses-couches; puis sixième grossesse bien tolérée.

Au cours de la septième grossesse, broncho-pneumonie.

La huitième grossesse est bonne, mais, la neuvième s'accompagne de dyspnée d'effort et de palpitations.

La malade ne peut allaiter le dernier de ses enfants.

Examen. — Malade fatiguée, dyspnéique; cœur gros et présentant du frémissement cataire. Roulement diastolique et dédoublement du second bruit à la pointe; souffle diastolique à la base. T. A. 14-6.

Suites de couches. — Chaque nuit, crises dyspnéiques allant en s'intensifiant.

Au dixième jour, crise très violente. La tension artérielle est de 20-10. La malade est violette et expectore en abondance de la mousse non rosée.

Sous l'influence du traitement (saignée de 800 gr. et tonocardiaques) l'état s'améliore et la tension artérielle baisse à 16-4.

Cependant il persiste un léger œdème lombaire, des extrasystoles, de la bronchite diffuse et un léger hydrothorax.

Observation XV

Hyposystolie au dixième jour des suites de couches chez une mitrale.

III^e pare, 36 ans, entre à la Clinique pour y accoucher à terme le 6 janvier 1931.

Antécédents personnels. — Deux crises de rhumatisme articulaire aigu sans localisations cardiaques à l'âge de 14 et 21 ans. Une autre crise à l'âge de 26 ans avec un rétrécissement mitral pur consécutif.

Les deux grossesses antérieures à l'âge de 19 et 25 ans, ont été bien tolérées.

La dernière grossesse s'est accompagnée de dyspnée, de palpitations et d'une gêne précordiale.

Suites de couches. — Au dixième jour, œdème des membres in-

férieurs, râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires, tachycardie, et gros foie avec reflux hépato-jugulaire. T. A. 13-8.

Ces accidents se sont améliorés progressivement par la suite.

Traitement tonicardiaque.

Observation XVI

Œdème aigu pulmonaire au dixième jour des suites de couches chez une mitrale.

IV^e geste, 29 ans, accouche normalement à la Clinique, le 27 janvier 1931.

Antécédents personnels. — Depuis des années dyspnée d'effort, palpitations et grippe récente.

Grossesse actuelle bien supportée; la cardiopathie est restée ignorée.

Examen. — Souffle présystolique à la pointe du cœur. T. A. 15-9-3.

Suites de couches. — Au dixième jour, à 6 heures du soir, dyspnée, cyanose, expectoration mousseuse, abondante et saumonée.

Pouls incompressible. Examen du cœur impossible.

Aux poumons, pluie de râles sous-crépitaux.

C'est à l'occasion de cette crise que la cardiopathie se révéla et qu'on pratiqua un examen plus approfondi de la malade.

Récidive moins intense des accidents cinq jours après.

Traitement. — De la première crise : saignée, tonicardiaques, morphine.

De la seconde : ventouses scarifiées et morphine.

Guérison.

Observation XVII

(citée à titre complémentaire).

Césarienne au début du travail chez une gibbeuse.

Guérison.

Secondipare, 35 ans.

Antécédents personnels. — Cypho-scoliose dorsale haute à l'âge de 8 ans.

Première grossesse à 25 ans, accouchement prématuré provoqué (à 8 mois, ballon).

Appendicectomie et phlébite à 32 ans.

Grossesse actuelle. — Gêne respiratoire intense dans la seconde moitié.

Examen. — Cypho-scoliose rachitique gauche, bassin cyphotique, promontoire accessible et élevé, excavation assez spacieuse.

Examen du cœur : palpitations, **arythmie**, T. A. 12-7.

Césarienne haute sous anesthésie locale au début du travail, à 8 mois 1/2 de la grossesse, le 10 octobre 1930 à la Maternité.

Suites de couches. — Phlébite, pas d'insuffisance cardiaque. Guérison.

CONCLUSIONS

I. Les suites de couches constituent pour toutes les cardiaques sans exception, c'est-à-dire pour celles qui ont mal supporté la grossesse et pour celles qui l'ont bien tolérée, une période critique pendant laquelle on peut voir se continuer chez les unes et apparaître pour la première fois chez les autres, l'insuffisance cardiaque.

II. Quand la grossesse a été mal supportée, le fléchissement cardiaque au cours du post-partum est d'un pronostic très grave, le cœur achevant d'épuiser sa réserve d'énergie, et les accidents aboutissant très souvent à la mort.

III. Quand la grossesse a été bien ou relativement bien supportée, il existe entre l'accouchement et l'apparition des accidents une période de calme et de tolérance, véritable intervalle libre.

IV. Dans ce dernier cas, l'insuffisance cardiaque bien qu'apparaissant le plus fréquemment sous la forme d'œdème aigu du poumon, guérit généralement grâce au traitement.

V. Il est nécessaire d'exercer une surveillance sur toutes les cardiaques au cours des suites de couches, comme on le fait pendant la grossesse.

VI. La tension artérielle sera prise en série de façon à mettre en œuvre précocement, si besoin est, la saignée et le traitement cardiotonique.

Vu,
Le Doyen.
C. SIGALAS.

Vu,
Le Président de Thèse,
ANDERODIAS.

Vu et permis d'imprimer.
Bordeaux, le 12 janvier 1932
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderodias et Balard.** — Cardiopathies valvulaires et puerpéralité (*Gaz. Hebd. des Sciences Médicales*, 1924 p. 467.)
- Andérodias et Caubet.** — De l'utilité du contrôle oscillométrique au cours du travail chez les cardiopathes (Soc. Obst. et Gyn. de Bordeaux, séance du 16 mars 1922 in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris* 1922 n° 3 p. 187.)
- Andérodias.** — Grossesse et accouchement chez une malade atteinte de tachycardie essentielle paroxystique (*Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 1922.)
- Balard.** — L'oscillométrie en obstétrique (Edition *Expansion Scientifique* 1926).
- Balard.** — Insuffisance cardiaque et puerpéralité (*Bull. Soc. et Gyn.*, 1921, p. 373.)
- Balard.** — Le critère oscillométrique, élément de diagnostic et pronostic de l'Insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité (Réunion biologique de Bordeaux, 6 juill. 1920 in *C. R. de la Soc. de Biol.*, de Paris, 1920.)
- Bar et Danney.** — Chlorures urinaires et œdème pulmonaire chez une femme enceinte (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1903, p. 508.)
- Bernard.** — Considérations sur la puerpéralité dans ses rapports avec les maladies du cœur (*Thèse, Lyon* 1905-1906.)
- Brahic et Gayraud.** — Rétrécissement mitral et grossesse (*Revue Franc. d'Obst. et de Gynéc.* Févr. 1927.)
- Carreras et Cortes.** — Cardiopathies et grossesses (*Soc. Obst. et Gyn.* janvier, 1930.)
- Commandeur et Puig.** — Accidents gravido-cardiaques aigus et spécialement de l'œdème aigu du poumon au cours des Suites de Couches (*Journal de Méd. de Lyon*, 1925, p. 609.)
- Consoli.** — Le pronostic des cardiopathies dans leur rapport avec l'état puerpéral (*Clinica Ostetrica*, nov. 1928, p. 846.)

- Couvellaire.** — Le syndrome cardio-pulmonaire pendant l'accouchement (Leçon clin. à Baudelocque in *Vie Médicale*, février 1924.)
- Decor.** — Grossesse et cardiopathies (Thèse, Paris 1925.)
- Duplant.** — Sur deux cas d'asystolie et un cas d'œdème aigu du poumon (*Revue de Méd. et de Chirurg.* 1898, p. 97.)
- Gammeltoft S. A.** — Le cœur pendant la grossesse (*Surgery, Gynec. and Obstetrics*, mars 1928.)
- Gauthier.** — Contribution à l'étude des rapports des accidents gravido-cardiaques et de l'intoxication gravidique. (Thèse, Paris, 1925.)
- Gautret.** — Insuffisance cardiaque et puerpéralité (*Journ. méd. de Bordeaux*, 1930 n° 30.)
- Gonnet et Froment.** — Nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques (*Arch. gén. de Méd.*, octobre 1904.)
- Guenard.** — Indications pratiques de l'électrocardiographie (*Gaz. Hebdom. des Soc. Médic. de Bordeaux*.)
- Hartemann.** — A propos de la pathogénie des accidents gravido-cardiaques (*Gyn. et Obst.* juill. 1927.)
- Mouthon.** — Les indications de l'évacuation utérine dans les accidents gravido-cardiaques (Thèse, Paris 1926.)
- Murat.** — Les cardiopathies dans leur rapport avec l'accouchement et les suites de couches (Thèse, Lyon 1924.)
- Portes.** — L'Hystérotomie abdominale corporeale sous anesthésie locale considérée en particulier comme procédé d'interruption de la gestation (*Gyn. et Obst.*, juillet 1929.)
- Portes et Powilewicz.** — Accidents cardio-pulmonaires graves. Avortement thérapeutique. Colpohystérotomie vaginale (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynécol.*, Paris 1923, n° 7).
- Pouliot.** — Des accidents qui compliquent les maladies de cœur au cours de la grossesse. (Thèse, Paris 1904.)
- Sargueil.** — De la tension chez les femmes enceintes (Thèse, Paris 1920.)
- Sejourné.** — Le rétrécissement mitral dans ses rapports avec l'état puerpéral (Thèse, Paris 1928.)
- Vinay.** — De l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse (*Lyon Méd.*, 1896, p. 289.)
- Wateau.** — Nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques (Thèse, Lyon 1909.)

ERRATA

- Page 5, ligne 5, *au lieu de pour moi, lire moi.*
- Page 12, ligne 29, *au lieu de systolie, lire asystolie.*
- Page 13, ligne 2, *au lieu de aystolie, lire asystolie.*
- Page 27, ligne 7, *au lieu de albuminerie, lire albuminurie.*
- Page 27, ligne 33, *au lieu de échouée, lire échoué.*
- Page 28, ligne 7, *au lieu de précédents, lire personnels.*
- Page 28, ligne 27, *au lieu de cypho ique, lire cyphotique.*
- Page 28, ligne 26, *au lieu de rapidemen , lire rapidement.*
- Page 29, ligne 11, *au lieu de ombaire, lire lombaire.*
- Page 29, ligne 14, *au lieu de entonnoir, lire entonnoir.*
- Page 29, ligne 16, *au lieu de Acouchement, lire Accouchement.*
- Page 30, ligne 17, *au lieu de ume, lire une.*
-

